

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 183

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

Tachycardie paroxystique

au cours

de la grossesse et des suites de couches

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Avril 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ MARITOUX

Né le 1^{er} Février 1893, à Bourg (Ain)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE
au cours
de la grossesse et des suites de couches

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LEPINE..... Doyen.
ROQUE..... Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....		FABRE
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des voies urinaires.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		WEILL
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		POLLOSSON (A.)
Chimie biologique		LANNOIS
Chimie organique et Toxicologie.....		ROCHET
Matière médicale et Botanique.....		NOVE-JOSSERAND
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		CLUZET
Anatomie		HUGOUNENQ
Anatomie générale et Histologie.....		MOREL
Physiologie		MOREAU
Pathologie interne		GUIART
Pathologie et Thérapeutique générales.....		LATARJET
Anatomie pathologique		POLICARD
Médecine opératoire		DOYON
Médecine expérimentale et comparée.....		COLLET
Médecine légale		MOURIQUAND
Hygiène		PAVIOU
Thérapeutique		VILLARD
Pharmacologie		ARLOING (F.)
		Etienne MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, *Président* ; M. COMMANDEUR, *Assesseur* ;
MM. TRILLAT et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
Tachycardie paroxystique
au cours
de la grossesse et des suites de couches

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Avril 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

• PAR

ANDRÉ MARITOUX

Né le 1^{er} Février 1893, à Bourg (Ain)



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je leur dédie ce modeste travail, humble témoignage de mon amour filial.

A MA GRAND' MÈRE

En souvenir de toute la sollicitude dont elle entoura ma jeunesse; qu'elle trouve ici une preuve de mes sentiments affectueux et reconnaissants.

A MA SŒUR

Témoignage de ma vive affection.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

Accoucheur des Hôpitaux

Qui, depuis mon retour des Armées,
a bien voulu être pour mes études un
guide aussi éclairé que bienveillant ;
qu'il reçoive l'expression de mon affectueuse reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MES COUSINS

JULIEN CROZIER

*Caporal au 140^e Régiment d'Infanterie
Décoré de la Médaille Militaire*

GEORGES CROZIER

*Aspirant au 62^e Bataillon de Chasseurs alpins
Décoré de la Médaille Militaire*

HENRI CROZIER

*Sous-lieutenant au 133^e Régiment d'Infanterie
Chevalier de la Légion d'Honneur*

TOMBÉS GLORIEUSEMENT AU CHAMP D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES DU 67^e R. I.

MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur des Hôpitaux

Pour le grand honneur qu'il me fait
en acceptant de présider cette thèse,
pour l'aide précieuse qu'il m'a appor-
tée, pour tout l'intérêt qu'il m'a témoi-
gné, je le prie d'agréer l'hommage de
ma profonde et respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

En témoignage de reconnaissance.

INTRODUCTION

En 1889, Bouveret fit une description magistrale de la tachycardie paroxystique; depuis cette époque, la maladie à laquelle le maître lyonnais donna son nom fut étudiée par de nombreux auteurs français et étrangers.

Ceux-ci, grâce aux appareils plus perfectionnés des laboratoires, ont essayé d'en analyser les formes, d'en fixer l'étiologie et le traitement. Mais ils n'ont pas modifié beaucoup le tableau clinique qui nous avait été tracé.

La tachycardie paroxystique, malgré les nombreuses études dont elle fut l'objet, reste une maladie rarement observée.

Aussi notre attention fut-elle particulièrement frappée en apprenant, qu'en l'espace de quelques mois, quatre parturientes avaient été prises d'accès de tachycardie paroxystique, une pendant l'accouchement, trois pendant les suites de couches.

Le tableau dramatique qui nous fut fait de ces accès, les difficultés que peut éprouver le médecin à faire un diagnostic exact, en présence d'un pouls qui devient

subitement excessivement rapide et d'une malade qui déclare parfois qu'elle va mourir, nous ont amené à demander à M. le professeur Fabre de nous laisser étudier dans notre thèse les manifestations de la tachycardie paroxystique au cours de la grossesse et des suites de couches. Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fit en accueillant favorablement notre demande et d'avoir bien voulu nous aider dans nos travaux.

Notre but n'est pas de faire une étude anatomo-pathologique des différentes formes de la tachycardie paroxystique. Nous ne donnerons pas de tracés.

Après avoir fait un exposé rapide des symptômes de la tachycardie paroxystique, nous rapporterons les différentes observations que nous avons pu recueillir.

Dans un second chapitre, nous nous efforcerons de montrer les caractéristiques de l'accès et de faire le diagnostic différentiel entre la tachycardie paroxystique et les différentes affections qui peuvent prêter à confusion.

Nous recherchons dans le chapitre suivant l'influence que la grossesse et la tachycardie paroxystique peuvent avoir l'une sur l'autre et nous envisagerons le pronostic pour la mère et pour l'enfant.

Cette étude nous amènera logiquement à envisager le problème très obscur et presque inextricable de l'étiologie de la tachycardie paroxystique et à nous poser la question de l'influence de l'hérédité.

Enfin nous terminerons notre étude en passant en revue les différents traitements qui ont été proposés et qui donnent d'ailleurs tous des résultats très variables.

CHAPITRE PREMIER

Définition et symptomatologie de la tachycardie paroxystique

La tachycardie paroxystique se manifeste par un pouls battant brusquement aux environs de 200 à la minute. Le début tranché et brusque, la régularité des pulsations, la terminaison également subite du paroxysme, impriment une physionomie particulière à cette affection.

Il y a des accès courts, des accès longs; ils peuvent durer de quelques minutes à quelques heures; certains même ont duré plusieurs jours et plusieurs semaines.

Ces accès s'observent à tous les âges, dans tous les sexes, bien qu'il semble y avoir une prédisposition pour les hommes.

On peut noter certains prodromes tels que: éblouissements, vertiges, pulsations cardiaques irrégulières, frissons.

Dès le début, le malade ressent une constriction épigastrique, une douleur poignante rétrosternale.

Le choc de la pointe du cœur disparaît, et à la palpation on éprouve une sorte de vibration ou d'ébranlement, qui peut parfois être perceptible à la vue. La tension artérielle est abaissée.

Certains auteurs ont constaté de la pâleur, d'autres peu de modification de la couleur des tissus.

La respiration est à peine modifiée.

Des sueurs peuvent apparaître avant et après chaque accès. La terminaison est subite, accompagnée parfois de vomissements. Les accès peuvent être très espacés. Rien ne règle leur réapparition.

Observations

OBSERVATION I

Tachycardie paroxystique : un accès dans les suites de couches aseptiques.

Observation de la Clinique d'accouchement.

Alphonsine T..., 24 ans, primipare.

Elevée d'abord au sein pendant deux mois, puis au biberon, ne connaît pas la date de ses premiers pas.

A 10 ans, eut une broncho-pneumonie.

Fut réglée à 12 ans.

Eut une menstruation régulière, douloureuse, abondante et d'une durée moyenne de six jours.

Rien de spécial au cours de la grossesse : elle signale seulement deux ou trois crises de tachycardie paroxystique; pas de céphalées nocturnes, pas de chute de cheveux.

Entre à la clinique de M. le Professeur Fabre, le 6 novembre 1920.

Accouchement, le 12 novembre, d'un enfant de 4 090; délivrance naturelle, placenta de 800; perte totale de sang, 700 grammes.

Les suites de couches s'ouvrent avec une physionomie absolument normale: Apyrexie complète, moins de 37°6, pouls à 80 régulier, écoulement lochial sans caractères suspects, involution utérine régulière.

Le 6^e jour au matin, on trouve la malade angoissée, pâle, le visage baigné de sueurs; le pouls est d'une fréquence extrême, il bat à 200 à la minute, régulier mais petit. L'auscultation du cœur ne révèle rien de spécial; il n'y a pas de troubles circulatoires, aucun signe de fatigue ou de dilatation du cœur; la malade paraît en outre modérément incommodée par cette accélération insolite du rythme cardiaque. Elle répond d'une voix brève, mais sans oppression.

L'accès est apparu brusquement pendant la nuit, sous forme de palpitations violentes et pénibles.

La malade fait connaître que pendant sa grossesse, au huitième mois, elle a été prise d'accès semblables, qui se sont répétés à trois reprises dans l'intervalle de deux jours et ont duré respectivement 2 heures, 45 minutes, 15 minutes.

L'apparition de ces crises est rapide et brusque aussi leur disparition. Cette dernière est annoncée par quelques battements plus forts qui terminent l'accès.

La température est à 38°.

On essaya successivement sans succès la compression des globes oculaires et du pneumogastrique au cou.

On provoqua ensuite le vomissement par l'administration d'ipéca et d'émétique. Cette fois, la fréquence des battements tomba brusquement à 80 et se maintint à ce chiffre.

Le lendemain, la température était de 37,2; elle n'a pas dépassé 37,6 par la suite.

À l'issue de l'accès, l'examen du cœur ne révèle aucune lésion organique. Pas de signe de Basedowisme. Pas d'albuminurie. Pour dépister une cause toxi-infectieuse possible, on fait une culture des lochies qui se montre absolument négative.

La malade fut ensuite adressée au Docteur Gallavardin, pour examen cardiologique.

L'intégrité organique du cœur fut confirmée, mais l'électrocardiogramme ne put être fait, à cause de la plénitude du sein gonflé de lait qui s'opposait à l'adaptation efficace de l'appareil.

Sur ces entrefaites, la malade se fit recevoir, avec son nourrisson, à la Crèche Saint-Ferdinand, dans le service du Professeur Weill, sous prétexte que son enfant périlait. En réalité, elle voulait se soustraire à l'allaitement au sein et espérait que les crises antérieures de tachycardie paroxystique constitueraient une contre-indication au nourrissement maternel.

M. le Professeur Weill eut l'attention attirée du côté des troubles névropathiques de la malade et émit d'abord l'hypothèse que la tachycardie paroxystique pourrait faire partie d'un complexus symptomatique de tétanie. Cette hypothèse fut bientôt abandonnée. Pendant son accès, la malade n'aurait pas présenté de phénomènes de contracture. D'autre part, l'examen électrique des muscles et des nerfs du membre supérieur et de la face ne décéla aucun signe d'hyperexcitabilité.

Les signes de Chvostek Weiss, de Trousseau, furent négatifs.

Bref, M. le Professeur Weill concluait plutôt à une tachycardie paroxystique essentielle, maladie de Bouveret, liée à un état névropathique avéré, à une névrose de pneumogastrique.

OBSERVATION II

Tachycardie paroxystique : accès pendant l'accouchement.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GONNET, accoucheur des Hôpitaux de Lyon.)

Mme B..., 27 ans, rien à noter dans ses antécédents personnels et héréditaires.

Dernières règles en mars 1920. La grossesse fut normale.

Présentation en O. I. G. A. Hydramnios léger

Le travail débuta le 31 décembre 1920, vers 4 heures du matin, et traîna en longueur.

A 6 heures du soir, la dilatation était à une paume de main, la poche des eaux intacte, la tête amorcée, le poulx maternel à 76. Les bruits du cœur fœtal étaient normaux.

Le Docteur Gonnet pratique à ce moment la rupture artificielle de la poche des eaux. La tête descend, les douleurs reprennent normalement.

Le Docteur Gonnet se retire. La mère et le fœtus étaient en bon état.

Vers minuit, comme l'accouchement ne progressait pas, et en présence d'un léger épuisement maternel, une application de forceps fut décidée par le médecin qui surveillait la parturiente.

L'anesthésie fut faite au chloroforme.

Après l'introduction de la première cuiller, l'interne qui donnait le chloroforme s'aperçut que brusquement le poulx était devenu incomptable, de 70-80 il était passé aux environs de 200.

Le cœur fœtal continuait cependant à battre normalement.

L'anesthésie fut supprimée et la cuiller déjà introduite fut retirée.

La malade avait, à ce moment, un état syncopal, était légèrement pâle et aurait eu du refroidissement des extrémités.

Le chloroforme aggrava certainement la symptomatologie dramatique de la scène.

Le médecin, en présence de ce poulx si rapide et en présence des phénomènes impressionnants auxquels il venait d'assister, crut qu'il était en présence d'une rupture utérine et demanda par téléphone le Docteur Gonnet, qui se rendit de suite auprès de la malade.

Lorsqu'il arriva, la malade ne lui donna pas, à première vue, l'impression d'une rupture utérine. L'œil était inquiet, le visage un peu pâle, mais non décoloré. Il n'y avait pas de dyspnée, mais le poulx était à 200, alors que les bruits du cœur fœtal étaient normaux.

Sans anesthésie, une application de forceps fut faite; un enfant vivant, de poids normal, vint au monde.

La délivrance fut normale, sans hémorragie; l'involution utérine se fit sans incidents.

Après la naissance de l'enfant, la mère fut contente; elle

manifesta sa joie; il n'y avait aucune trace d'angoisse. Mais le pouls était toujours à 200; la respiration était à 18.

L'état de la parturiente - était tout à fait satisfaisant, mais son pouls se maintint aussi élevé jusque vers la fin de l'après-midi.

Il n'y eut pas de vomissements à la fin de l'accès. Les suites de couches furent normales. La température la plus élevée fut 38,2 et apparut le quatrième jour. Le lendemain, elle était retombée à 37,2, et continua à être normale.

L'examen du cœur fut complètement négatif et la tension artérielle, prise au Riva-Rocci, fut de 10,5/6.

OBSERVATION III

Tachycardie paroxystique : 6 accès au cours de suites de couches septiques.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GONNET, accoucheur des Hôpitaux de Lyon, et de M. le Docteur BOUGET, moniteur à la Clinique obstétricale.)

Mme B..., 28 ans. — Rien de spécial dans ses antécédents. A la suite d'un interrogatoire, M. le Docteur Gallavardin apprit que la malade aurait eu autrefois quelques palpitations qui n'attirèrent pas spécialement l'attention de la malade.

Primipare, grossesse normale, présentation en O. I. G. A., enfant volumineux (4 kg 800). Un forceps fut fait dans l'excavation. Légère hémorragie qui disparut à la suite d'une délivrance artificielle.

Infection dans les suites de couches, lochies peu modifiées, température élevée, comme l'indique le tableau ci-dessous :

31 mai	37,8	37,9	
1 ^{er} juin	37,3	38,2	
2 juin	37,6	38,2	
3 juin	38,2	39	
4 juin	38,7	40	crises
5 juin	38,3	40,1	
6 juin	39,2	40,3	crises

7 juin	38,7	38,3	crises
8 juin	38,3	38,8	
9 juin	39,3	38,6	

La température diminua ensuite progressivement.

Le 18 juin, phlébite de la jambe gauche; nouvelle ascension thermique.

6 juillet, phlébite de la jambe droite.

15 juillet, la température est redevenue normale.

La malade se rétablit assez rapidement et est aujourd'hui en excellente santé, ainsi que son enfant.

Mais le fait intéressant à noter est le suivant :

Le cinquième jour, alors que la température était à 38,7, survint un frisson. Une sensation d'angoisse, d'inquiétude anormale apparut; la malade éprouvait une constriction rétrosternale, la face était pâle et le pouls monta brusquement à 200.

En présence du frisson, de la température qui, le soir, était à 40,3, des lochies, un pronostic mauvais fut fait.

Les jours suivants, la malade eut cinq nouveaux frissons qui assombrèrent encore le pronostic.

Des périodes de mieux existaient entre les crises.

M. le Docteur Gallavardin appelé fit le diagnostic de tachycardie paroxystique qui, jusqu'à ce jour, n'avait pas été sérieusement envisagé.

A la suite des déclarations rassurantes du Docteur Gallavardin, la malade se trouva mieux, l'angoisse disparut et aucune crise ne fut plus observée.

M. le Docteur Bouget, qui veilla plusieurs nuits la malade et assista à plusieurs crises, nous en fit la description suivante :

Chacun des deux premiers frissons suivis de crise de tachycardie paroxystique survinrent à l'occasion de l'allaitement. Dès que l'enfant touchait le sein, le frisson commençait. L'allaitement fut alors modifié et, dans l'intérêt de la mère, l'enfant ne fut plus mis que deux fois par jour au sein.

Ces frissons étaient précédés d'une sensation de nausée, puis de froid léger; à ce moment, malgré toutes les couvertures et les bouillottes, apparaissait le frisson.

Dès le début, la malade ne cessait de dire : « Je sens que jè meurs. » On notait de la fixité du regard. La malade avait une sensation d'angoisse, elle ressentait un poids, une

constriction derrière le sternum. Elle avait l'impression de ne pouvoir respirer, et cependant on n'observait aucune dyspnée. Sa respiration variait entre 20 et 24.

Le frisson se développait, il était suivi de sueurs qui duraient une demi-heure environ.

Une fois le frisson dissipé, la sensation d'angoisse restait absolument la même et cela pendant une durée de trois à quatre heures. Pendant ce temps, le pouls montait brusquement à plus de 200 et s'y maintenait. Avec de nombreuses difficultés, M. Bouget compta une fois 240 pulsations.

Ces crises de tachycardie paroxystique étaient accompagnées de vomissements qui n'étaient pas sédatifs.

A la fin de la crise, l'état s'améliorait, le pouls retombait à 110-120, ce qui était un pouls normal, étant donné la température et l'infection.

Tous les traitements chez cette malade furent sans résultats : tonicardiaques, strychnine, compression du pneumogastrique.

A l'examen du cœur, fait par M. Gallavardin, on ne trouva rien de spécial.

Malgré ses complications de phlébite atypique, la malade guérit complètement et n'eut depuis plus de crises.

OBSERVATION IV

Tachycardie paroxystique : un accès dans les suites de couches septiques.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur PLAUCHU, accoucheur des Hôpitaux de Lyon.)

M. D., 21 ans, primipare.

Ses parents, cultivateurs, sont en bonne santé. Sa mère eut treize enfants, dont douze sont encore vivants.

Nourrie au sein, elle fut réglée à 17 ans.

La malade eut de l'entérite à l'âge de 14 ans; de l'albuminurie persista quelques temps après cette entérite.

En 1917, elle fut opérée de « grosseurs au cou », vraisemblablement d'adénite bacillaire.

A la suite de cette intervention, la malade déclare avoir eu quelques accès de tachycardie. Au début de ces accès, elle ressentait une douleur légère, rétrosternale. Les accès duraient trois et quatre jours.

Ces accès cessaient en dormant, la malade n'eut jamais de vomissements.

En 1918, la malade eut la grippe et resta un mois et demi au lit.

Les dernières règles eurent lieu en mai 1920.

La grossesse fut normale, malgré d'abondantes pertes blanches et un peu d'albumine.

Pendant sa grossesse, cinq crises de tachycardie, dont la dernière eut lieu en février, crises dont la durée variait de douze heures à trois jours.

Amenée d'urgence à l'hôpital, elle entra à la Maternité de l'Hôtel-Dieu ayant la tête de l'enfant à la vulve.

L'accouchement se fit normalement; la température fut la suivante :

23	février, date de l'accouchement	38,6
24	—	37,1 37,3
25	—	37,1 37,7
26	—	37,8 37,7
27	—	37,7 39,3
28	—	38,2 40

Le sixième jour après l'accouchement, un grand frisson saisit la malade et en même temps, le pouls s'éleva brusquement aux environs de 200; la température était à 40.

En même temps qu'apparaissait ce frisson, la malade déclare avoir ressenti une douleur légère; il lui sembla à ce moment que « son cœur s'arrêta, sauta, puis repartit brusquement ».

Elle se trouvait un peu essoufflée. La température explique cette dyspnée. L'accès dura six jours, pendant lesquels le pouls se maintint aux environs de 200.

L'accès se termina pendant le sommeil. La malade en fut réveillée; elle se trouva « moins lourde » et tout à fait bien.

Au début des accès, l'appétit disparaît et revient normalement le deuxième jour, alors que le cœur continue à battre à 200.

Après ce frisson du 28, et pendant l'accès, la température diminua régulièrement :

1 ^{er} mars	39	39,6
2 —	38,6	39,6
3 —	38,7	38,7
4 —	37,9	38,1

et la fièvre disparut par la suite complètement.

On ne fit pas de cultures des lochies. Mais l'état presque de malpropreté de la malade à l'entrée dans le service explique cette infection *post partum* due vraisemblablement au streptocoque.

Nous avons examiné la malade après l'accès. Elle avait une température de 37,2, un pouls à 80, une respiration à 18. Pas d'albumine dans les urines. La tension au Riva-Rocci est 13/8.

L'enfant qu'elle nourrit pesait 2.800, avec placenta de 400. L'allaitement n'a pas provoqué de crises chez cette malade.

La malade va bien; depuis cette crise, elle n'en a pas eu de nouvelles.

Il faut noter que, d'après la malade, ni ses parents, ni ses frères et sœurs ne sont atteints de palpitations ou de maladie de cœur.

La malade est d'un tempérament nerveux, impressionnable, sans stigmates d'hystérie. Elle n'a rien ni au cœur, ni aux poumons. Elle ne présente pas de Basedowisme.

OBSERVATION V

Tachycardie paroxystique : accès pendant l'accouchement.

Extraite de l'article du Docteur Erwin LANGES, assistant à la Frauenklinik de Kiel. (*Centralblatt für Gynäkologie*, année 1911, p. 346.)

Il s'agit d'une primipare de 35 ans.

Enfant, elle eut la diphtérie, fut atteinte ensuite d'anémie, pour laquelle elle fut soignée pendant de nombreuses années.

Pendant le cours de sa grossesse, qu'elle eut à un âge assez avancé, elle n'eut pas d'accidents. Elle continua d'ailleurs à être soignée pour son anémie par la médication ferrugineuse.

Etant donné son âge avancé, sur le conseil de son médecin, craignant un accouchement laborieux, elle entra à la Frauenklinik de Marbourg.

Après 45 heures 1/2 de travail, avec de fortes contractions utérines, l'enfant vint au monde en bonne santé.

Dix heures avant la fin de l'accouchement, la fréquence du pouls commença à monter d'une façon continuelle, jusqu'à ce qu'il ait atteint 160 pulsations à la minute. Cette fréquence se maintint jusqu'à la naissance de l'enfant et augmenta, dans la période de la délivrance, jusqu'à 180.

En présence de ces symptômes, on procéda à la délivrance artificielle immédiate. On redoutait, en effet, une hémorragie interne, bien qu'aucune trace de sang ne se montra à l'extérieur.

Comme le pouls ne changeait pas, que l'utérus était absolument normal, qu'il n'y avait pas d'hémorragie importante, on dut abandonner l'idée première d'hémorragie.

On pensa alors à des manifestations nerveuses, et on pratiqua une injection d'ergotine Bombelon, une injection sous-cutanée de morphine, mais aucun tonicardiaque ne fut employé.

La malade n'avait aucune dyspnée, pas d'angoisse, pas d'agitation. Le pouls continuait à battre à 180.

Le matin suivant, environ douze heures après la naissance de l'enfant, le pouls battait à 210, ce qui, ajoute Langes, ne fut pas compté sans difficultés.

Du côté du cœur, on entendait un bruit embryonnaire, on notait une augmentation de la matité cardiaque à gauche, augmentation qui était de deux travers de doigt en dehors de la ligne mamelonnaire.

La malade se plaignait d'une très forte palpitation, mais à part cela se trouvait bien.

Dans le cours des jours suivants, le nombre des pulsations diminua petit à petit. C'est ainsi que le matin suivant, après une nuit pénible, elles étaient redescendues à 160. Le soir elles étaient à 170, et le matin suivant, c'est-à-dire soixante heures après la naissance, elles étaient tombées à 100.

Cette femme, deux jours après ses couches, prit de la valériane et du ginoval. Le quatrième jour, elle fut mise à la médication digalène strophantus à laquelle on associa les bromures.

Le nombre des pulsations se maintint ainsi dans les environs de 100. Le sixième et le septième jour, il y eut encore 120, mais par la suite il diminua; le quatorzième jour, il arriva à 80 et s'y maintint.

L'auteur ajoute que dans les trois premiers jours il lui fut impossible de distinguer le premier du deuxième bruit.

Ensuite, il distingua un bruit systolique très net à la pointe du cœur et un bruit claquant au deuxième temps sur la valve pulmonaire.

Au point de vue sang : nombre des globules blancs et des globules rouges, normal. Le taux de l'hémoglobine est à 70 %.

L'augmentation de la matité cardiaque à droite et à gauche a été démontrée par un orthodiagramme. Pas de voussure de la partie gauche, aucune hypertrophie ni dilatation comme on en rencontre dans les vieilles insuffisances mitrales.

Un examen pratiqué quatre semaines après n'a montré aucune augmentation de la matité cardiaque, ni aucune modification des bruits du cœur.

L'auteur termine en déclarant qu'il a perdu la malade de vue; elle aurait repris sa vie normale.

OBSERVATIONS VI et VII

Tachycardie paroxystique : accès pendant l'accouchement.

Dans le même article, Langes signale deux cas observés par Zangmeister de Königsberg.

Les manifestations sont semblables; on trouve, après la naissance de l'enfant, une très forte accélération du pouls, qui s'associait à des symptômes d'anémie. Et on ne peut ici mettre en cause l'hémorragie interne, car, dans un cas on pratiqua la laparotomie (*Wie in dem einem Falle die sofortige Eröffnung der Bauchhöhle*, p. 349, ligne 3), et dans l'autre les suites furent normales.

Mais chez ces deux femmes on assista à une diminution du pouls qui fut aussi rapide que l'augmentation.

OBSERVATION VIII

Tachycardie paroxystique : accès pendant l'accouchement.
(STOCKER.)

Femme de 26 ans.

Il y a 14 ans, érysipèle de la face; il y a 6 ans, pneumonie, chlorotique.

Réglée à 17 ans. Règles apparaissant toutes les trois semaines.

La femme fut examinée en travail; le visage et les mains étaient bouffies, les jambes oedématisées.

L'examen des urines fut négatif.

Bruits cardiaques normaux. Pouls régulier à 90.

L'oedème était apparu dans la deuxième moitié de sa grossesse.

Une extraction au forceps fut entreprise pendant le sommeil chloroformique.

Tout de suite après l'accouchement, la femme s'éveilla et on constata un pouls très irrégulier mais excessivement rapide et petit.

Le lendemain, la malade avait 200 pulsations régulières à la minute. Cette tachycardie dura cinq jours.

OBSERVATION IX

Tachycardie paroxystique : accès pendant l'accouchement.
(GERHARDT, Observation 2.)

Une jeune femme eut, pendant ses couches, une violente frayer; aussitôt se déclara une crise de tachycardie paroxystique, qui cessa au bout de quelques heures. Pouls à 220. Bruits du cœur normaux en dehors de l'accès. Une demi-journée après le premier accès, survint un second, qui dura plusieurs journées.

OBSERVATION X

Tachycardie paroxystique : accès pendant la grossesse et pendant les suites de couches. (KELLY.)

Femme 26 ans, pas d'hérédité morbide, toujours bien portante, sauf des « malaises cardiaques » qu'elle avait déjà dans son enfance, mais qui, d'une façon certaine s'étaient produits à l'âge de 14 ans. Depuis ce moment, elle eut des accès de palpitations durant de cinq à dix minutes.

Ces accès survenaient deux fois par mois et plus, surtout à la suite d'efforts ou d'intoxication.

Dans sa dernière grossesse, elle eut des accès d'une gravité et d'une durée ordinaires.

Avant l'accouchement et après, survinrent des accès plus graves, accompagnés d'une grande prostration. Un accès observé douze heures après l'accouchement, dura quinze heures.

Cœur normal en dehors des accès.

OBSERVATION XI

Tachycardie paroxystique : accès pendant des suites de couches septiques. (FIESSINGER.)

Femme de 36 ans.

Nerveuse, mais ni hystérique, ni neurasthénique. Multipare, elle était au cinquième jour d'un état infectieux puerpéral, lorsque tout à coup survint un accès de tachycardie paroxystique qui dura trois-quarts d'heure.

Trois minutes après, sans aucun mouvement de la malade, éclata un second accès qui dura cinq minutes.

Trois-quarts d'heure plus tard, nouvelle crise; puis un quatrième accès.

Albuminurie. Pendant les accès, le pouls battait de 190 à 210 à la minute.

OBSERVATION XII

Tachycardie paroxystique : accès après avortement.

Glanz signale une ouvrière de fabrique, âgée de 21 ans, qui eut un accès de tachycardie paroxystique deux jours après un avortement accompagné d'abondante hémorragie.

OBSERVATION XIII

Tachycardie paroxystique : accès à la suite de grossesse abdominale. (Professeur SCHOCKAERT, de Louvain.)

Une femme ayant une grossesse abdominale extra-utérine à terme fut opérée. L'enfant était vivant. Elle fut atteinte, après l'opération, d'accès de tachycardie paroxystique. Pouls à 172, température à 36,6.

Nous avons en somme réuni treize observations, dont quatre originales. Nous aurions été heureux de pouvoir en rapporter un plus grand nombre, malheureusement jusqu'à présent, la tachycardie paroxystique ne fut guère étudiée dans ses rapports avec la puerpéralité, et les auteurs qui ont publié des cas de tachycardie paroxystique chez des femmes ne signalent pas toujours dans quelles conditions la grossesse, l'accouchement et les suites de couches se sont passées.

Les malades des observations 1-3-4-10 (4 cas) ont eu des accès pendant la grossesse, mais il est possible et même vraisemblable que des malades d'autres observations aient eu des accès pendant leur grossesse, et que les auteurs ne les aient pas signalés.

Nous avons: 1 cas de tachycardie au cours de suites de couches aseptiques, observation 1.

6 cas au cours de l'accouchement, observations 2-5-6-7-8-9.

3 cas au cours de suites de couches septiques, observations 3-4-11.

Nous signalons également, observation 12, 1 cas de tachycardie paroxystique après avortement et 1 cas après intervention dans une grossesse abdominale à terme (observation 13).

Nous ferons remarquer que l'observation 10 signale des accès pendant la grossesse et dans les suites de couches, mais ne dit pas s'il y en eut pendant le travail et si les suites de couches furent septiques ou aseptiques.

CHAPITRE II

Des observations précédentes il résulte que des crises de tachycardie paroxystique peuvent survenir :

- 1^o) Pendant la grossesse;
- 2^o) Pendant l'accouchement;
- 3^o) Pendant des suites de couches aseptiques;
- 4^o) Pendant des suites de couches septiques.

Nous allons successivement passer en revue les différentes affections qui pourraient prêter à confusion, bien qu'une fréquence aussi élevée du pouls, se maintenant aussi longtemps sans modifications, ne se rencontre que dans la tachycardie paroxystique.

Dans la tachycardie simple le pouls ne monte jamais à une fréquence pareille; dans ce cas, après un effort violent, tel que l'ascension rapide d'un escalier, on note, au grand maximum, 170 pulsations; et ce chiffre décroît rapidement et normalement dès l'arrêt de l'effort.

I. — Pendant la grossesse et l'accouchement

Si le médecin se laisse impressionner par les symptômes extérieurs d'angoisse, il devra faire le diagnostic

différentiel entre un décollement prématuré du placenta normalement inséré, une rupture utérine.

1^o Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Ce décollement, qui peut être précédé de prodromes tels que: albuminurie, œdème, céphalées, troubles visuels, peut également apparaître sans aucun indice prémonitoire.

Dès le début du décollement prématuré, la parturiente ressent une douleur vive siégeant dans l'abdomen; elle a une sensation de malaise général, d'angoisse, la face devient de plus en plus pâle.

Il peut y avoir une hémorragie externe, mais on peut également observer, par suite d'une adaptation parfaite de la présentation fœtale et des parties molles maternelles, aucune issue de sang à l'extérieur.

L'utérus éclairera beaucoup le diagnostic. Dans le décollement, il devient déboisé et à côté de la dureté ligneuse caractéristique, on peut quelquefois sentir une zone pâteuse, qui correspond à la zone de décollement et dont la mollesse contraste avec le reste de l'utérus. Notons également que l'utérus augmente de volume; il se contracte moins normalement. A l'aide du stéthoscope, on se rend compte que l'enfant souffre et que les battements de son cœur vont en se ralentissant.

Dans la tachycardie paroxystique, rien de tout cela; l'utérus est normal, ses contractions régulières, le cœur fœtal est nettement et normalement entendu.

Dans le décollement prématuré du placenta, le poulx bat progressivement plus vite; à mesure qu'il s'accé-

lère, il devient de plus en plus imperceptible, la pâleur augmente, les symptômes syncopaux se précisent. Mais jamais dans aucun cas le pouls n'atteint 180 ou 200.

Dans la tachycardie paroxystique, le pouls, devenu subitement rapide, garde la même fréquence, la même intensité.

II° *Rupture utérine.*

Elle peut se produire à la suite de traumatisme, ou être provoquée par un obstacle à la dilatation du col et à la progression fœtale tel que: rigidité du col, cancer, tumeurs praevia, rétrécissement du bassin, présentation de l'épaule et hydrocéphalie. Enfin les manœuvres obstétricales, telles qu'application du forceps et les versions, peuvent produire également les ruptures utérines.

Au moment où se produit la rupture, la parturiente est prise d'une douleur subite très violente au niveau de l'abdomen, douleur qui arrache souvent des cris à la malade. Quelquefois il y a une sensation de liquide chaud qui s'échappe dans la cavité abdominale. A ce moment peut survenir une syncope.

Le facies est pâle, le nez pincé, les yeux excavés, les extrémités se refroidissent, la respiration est fréquente, des vomissements peuvent survenir. Le pouls devient de plus en plus rapide et filant et monte à 120, 150; il y a hémorragie interne et shock péritonéal; l'abdomen devient de plus en plus ballonné. Dans certains cas de ruptures larges, le fœtus peut sembler très superficiel et complètement libre de l'utérus.

Ici encore la femme peut n'avoir aucune hémorragie externe.

A l'auscultation du cœur fœtal, on n'entend plus les bruits du cœur et le fœtus meurt rapidement.

Voilà le tableau schématique de la rupture utérine. Dans la crise de tachycardie paroxystique, le pouls est d'emblée plus rapide, la douleur abdominale n'existe pas; il n'y a pas de dyspnée, et surtout le ventre reste normal, avec ses contractions régulières; le fœtus ne souffre pas, son cœur continue à battre normalement.

Il faudra donc savoir faire un diagnostic exact et ne pas faire une laparotomie dans un cas de tachycardie paroxystique, comme le fit l'allemand de Königsberg.

II. — Dans les suites de couches

Dans les suites de couches, le pouls est l'élément principal de diagnostic et de pronostic. La bradycardie est la règle, comme l'ont montré M. le professeur Fabre et Petzetakis; l'accélération du pouls, la discordance précoce du pouls et de la température, qui n'a elle qu'une valeur relative, font immédiatement penser à une infection puerpérale.

Et un pouls battant entre 180 et 200 devrait amener logiquement un pronostic fatal pour la malade. Or il n'en est rien. L'infection due au streptocoque ou à un autre microbe, l'abcès du sein, ne donnent jamais une élévation du pouls supérieure à 150-160. Le grand frisson de la fièvre puerpérale, le frisson du *shock* anaphylactique ne s'accompagnent pas d'une telle accélé-

ration cardiaque. Il en est de même du shock péritonéal et des hémorragies des suites de couches.

Si, dans des suites de couches septiques, et à plus forte raison, lorsqu'elles sont apyrétiques et aseptiques, on note un pouls aux environs de 200, c'est qu'un accès de tachycardie paroxystique est survenu et a troublé le vrai tableau clinique.

En présence de tachycardie paroxystique et d'infection, il faudra déclarer que si le pronostic est sérieux, il n'est pas fatal; dans le cas d'apyrexie, le pronostic est toujours favorable.

CHAPITRE III

Influence de la tachycardie et de la grossesse

En présence de tous ces cas de tachycardie paroxystique au cours de la grossesse et des suites de couches, trois questions peuvent se poser :

1^o) La grossesse provoque-t-elle des accès de tachycardie paroxystique?

2^o) Les crises de tachycardie paroxystique aggravent-elles le pronostic de la grossesse?

3^o) La grossesse aggrave-t-elle les crises de tachycardie paroxystique?

La grossesse ne semble pouvoir être invoquée comme cause de crises de tachycardie paroxystique, mais il est certain que les perturbations produites chez la femme par la grossesse peuvent être considérées comme des causes adjuvantes, mais non déterminantes.

Dans de nombreux cas que nous publions, la malade reconnaît avoir eu des accès antérieurs.

Dans quelques cas, il ne nous a pas été possible de

savoir si la malade avait eu préalablement des accès. Mais on peut admettre l'hypothèse que la malade a eu des accès antérieurs très courts, qui ne l'ont pas frappée et qu'elle a pu prendre pour de simples accès de palpitations.

D'autre part, les accès de tachycardie paroxystique ne semblent pas avoir une influence sur le pronostic aussi bien de la mère que de l'enfant.

Dans tous les cas que nous avons signalés, l'accouchement fut normal et la mère et l'enfant se portèrent bien.

Bouveret, dans son observation 2, signale le cas d'une malade de 36 ans, qui accoucha sans incident et eut des suites de couches normales.

Mackenzie, dans son observation 16, dit:

Femme âgée de 35 ans, enceinte de 8 mois de sa deuxième grossesse; depuis plusieurs années, elle avait de la dyspnée et avait conscience que son cœur « battait drôlement ». Je la soignai pendant quelques semaines et je la vis au cours de plusieurs accès de tachycardie paroxystique. Après qu'elle m'eut quitté, j'appris qu'elle avait eu un bon accouchement et, quelques années plus tard, elle était en bonne santé, quoique par moment elle avait des accès de prostration à cause de son cœur.

Bouveret, observation XI, signale le cas d'une femme atteinte de tachycardie paroxystique, qui eut 5 accouchements à terme avec grossesse normale.

Leroux parle de Mme C., 35 ans, qui eut également 5 grossesses.

Winternitz présente Marie K., 44 ans, qui eut également 5 grossesses.

Pal signale une malade de 60 ans, qui eut 16 grossesses, dont 2 gemellaires.

Hoffmann, dans son observation V:

Femme de 44 ans. Dans la famille ni maladies nerveuses, ni affections cardiaques. Mariée à 22 ans, a eu 10 enfants. Deux ans après la naissance du premier, qu'elle avait nourri, elle eut un accès de tachycardie paroxystique constatée par un médecin; depuis ce moment, elle a des accès semblables. Constipation habituelle. Avant l'époque où débutèrent les accès de tachycardie, elle avait chaque dimanche un accès de migraine avec vomissements. A un moment donné, ces accès de migraine furent fréquemment suppléés par des accès de tachycardie.

Malgré ses accès, elle mit au monde 9 enfants. Pendant la grossesse et les suites de couches, les accès étaient rares.

Enfin pour terminer nous allons rapporter la curieuse observation de **Paul Sollier**:

Oliv..., passementière, 37 ans, femme dont l'état physique paraît très bon. N'a jamais fait aucune maladie, n'a jamais eu de crises nerveuses.

A 26 ans, à la suite d'une contrariété, fut prise subitement en mangeant de battements de cœur très rapides, qui durèrent pendant 4 mois. A la suite de ce premier accès, elle eut, tous les 2 ou 3 mois, des battements de cœur pendant 2 ou 3 jours, survenant à propos de rien.

A 27 ans, elle devint enceinte et pendant toute sa grossesse n'eut pas une seule fois des palpitations.

Elle eut quatre grossesses, pendant lesquelles elle ne fut jamais mieux portante.

A 35 ans, elle fut prise d'un nouvel accès, à la suite d'une contrariété. Cet accès dura cinq semaines. Elle fut de nouveau peu après prise d'un nouvel accès, à la suite d'une grosse contrariété d'atelier.

Elle entre à l'hôpital, où elle est examinée par Sollier. Pouls à 216 qui bat régulièrement; un peu d'œdème des membres inférieurs, légère ascite, dyspnée. Pas d'hyperesthésie de la colonne vertébrale, le réflexe pharyngien est conservé, la sensibilité est normale. Pas de maladie de Basedow.

En résumé, il ne semble pas qu'il y ait un rapport entre la tachycardie paroxystique et la grossesse. La grossesse ne paraît pas pouvoir à elle seule déclencher des accès et, d'autre part, si certaines malades voient pendant leur grossesse des crises plus fréquentes ou de plus longue durée, certaines, au contraire, voient leur accès s'atténuer et même disparaître.

Quant à l'enfant, il ne semble pas être influencé par la tachycardie paroxystique de la mère, et si Pal signale dans une de ses observations que, sur 16 enfants nés d'une mère ayant des accès de tachycardie paroxystique, 13 sont morts en bas âge, il ne nous dit pas de quoi.

Dans tous les cas que nous avons observés, l'enfant n'a pas souffert et s'est très bien élevé.

CHAPITRE IV

Etiologie et influence de l'hérédité

S'il est une affection dont l'étiologie est obscure, c'est bien la tachycardie paroxystique.

On admet que dans les accès entre en jeu un centre nouveau qui siège vraisemblablement dans les parois auriculaire, ventriculaire, auriculo-ventriculaire.

Mais sous quelle action se déclanche ce centre?

Merklen estime que c'est une névrose directe. On a invoqué un trouble fonctionnel des centres cardiaques bulbaires, l'inhibition du pneumogastrique, l'excitation des accélérateurs, les lésions du myocarde, les névroses associées et alternantes, les irritations réflexes parties de l'estomac, de l'utérus et des reins. Nous ferons remarquer que, dans notre observation n° 3, l'irritation a semblé provenir du sein.

On a accordé une grande place au surmenage, aux chocs traumatiques et moraux, à la position debout (tachycardie orthostatique). Langes accuse l'anémie.

On a accusé également l'intoxication par l'alcool, le tabac, le café, le thé et le plomb, les maladies infectieuses antérieures, grippe, pneumonie, rougeole, scarlatine, diphtérie, rhumatisme articulaire aigu; il en fut de même pour la maladie de Basedow, la tuberculose pulmonaire, la syphilis; depuis quelque temps ce sont les glandes à sécrétion interne et principalement les troubles thyroïdo-ovariens.

Enfin on a incriminé l'hérédité.

Que devons-nous en penser?

Les 4 malades, dont nous rapportons les observations, ne signalent rien dans leurs antécédents.

On a accordé une certaine influence à cette hérédité.

Faisans rapporte l'observation suivante:

Mme X..., originaire de l'île Saint-Maurice, a eu 11 enfants en moins de 20 ans. Son fils aîné est mort subitement; il aurait succombé, dit la mère, à une névrose du cœur, dont il était atteint depuis longtemps, à moins que ce ne soit des suites d'un accès pernicieux.

La fille de Mme X..., 25 ans, atteinte de fièvres intermittentes, rhumatisme articulaire, insuffisance mitrale, albuminurie, fut prise d'accès de tachycardie paroxystique après une grippe et mourut dans une crise.

Faisans attire l'attention sur la coïncidence de la tachycardie paroxystique chez la mère, la fille et peut-être le fils; il accorde une influence au paludisme, à l'albuminurie. Il ne cause pas des 9 autres enfants.

Chauffard rapporte le cas d'un malade de 45 ans, alcoolique, tabétique et hystérique, qui eut sa première crise à 12 ans, et déclare que sa mère encore vivante

souffre depuis son enfance d'accès absolument semblables.

Oettinger signale le cas d'un malade qui avait sa grand'mère maternelle, morte à 96 ans, sa mère et son propre fils atteints comme lui d'accès.

Löser, Freyhahn signalent des cas analogues.

Je crois, malgré ces observations qui témoignent un grand passé pathologique des sujets, que l'on ne peut admettre l'hérédité de la tachycardie paroxysmique. On vient au monde avec des antécédents nerveux, hystériques, spécifiques, qui prédisposent peut-être à la tachycardie, mais on ne naît pas en ayant de ses parents une tare de tachycardie.

CHAPITRE V

Traitement

Nous ne pouvons indiquer un traitement prophylactique. Il sera toujours bon de recommander aux malades une bonne hygiène et d'éviter les émotions et les infections. Mais le régime n'empêchera pas l'accès de survenir.

En présence d'une malade atteinte de tachycardie paroxystique, que faire? Quel traitement instituer?

Les thérapeutiques les plus diverses ont été prescrites; elles ont donné des résultats variables; nous allons les exposer.

Si l'accès survient pendant la grossesse, il faut savoir qu'il n'a rien de grave et qu'il ne constitue pas une indication d'avortement ou d'accouchement provoqué.

Dans tous les cas, la malade sera mise au lit. On pourra essayer la compression du pneumogastrique; elle ne donne généralement pas grands succès.

On provoquera des inspirations profondes et des mouvements de déglutition facilités par l'absorption d'un liquide ou d'un cachet de poudre d'hypophyse (0 gr. 10 par cachet et trois par jour).

On administrera des toni-cardiaques: digitaline, strophanthus, huile camphrée.

L'adrénaline pourra également être donnée.

Certains médecins préconisent les bromures et la valériane.

Dire à la malade que son affection n'est pas grave et va disparaître peut, dans certains cas, lui redonner du calme, faire disparaître l'angoisse et aussi l'accès.

La médication vomitive a donné des résultats. On essayera donc la titillation du pharynx et on pourra donner du sirop d'ipéca ou de l'émétine.

Enfin la compression oculaire a fait cesser des accès.

CONCLUSIONS

I. Les accès de tachycardie paroxystique peuvent survenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

II. La grossesse ne semble pas pouvoir occasionner à elle seule des accès de tachycardie paroxystique.

La tachycardie paroxystique ne semble pas influencer la grossesse et réciproquement, la grossesse ne semble pas influencer les accès de tachycardie paroxystique.

III. Pendant l'accouchement, si des crises antérieures ne nous orientent pas vers le diagnostic, l'examen de l'utérus non modifié au point de vue volume, consistance et régularité des contractions, la perception normale des bruits fœtaux, la montée brusque du pouls à 200, l'absence de dyspnée feront éliminer la possibilité de décollement prématuré du placenta, de rupture utérine et reconnaître l'accès de tachycardie paroxystique.

Dans les suites de couches, après avoir éliminé le shock péritonéal, les hémorragies, qui ne donnent

jamais un pouls à 200, il faudra se rappeler que la tachycardie paroxystique, en se surajoutant, semble donner une allure fatale dans les cas aseptiques, mais surtout dans les cas d'infection puerpérale, mais n'en demeure pas moins une affection bénigne.

IV. Grâce à ce diagnostic de tachycardie paroxystique, il sera possible au médecin :

- 1^o) De rassurer la parturiente et son entourage;
- 2^o) D'éviter des opérations non seulement inutiles, mais dangereuses pour la malade;
- 3^o) De faire un pronostic assez bon, malgré des symptômes qui semblent tout à fait défavorables;
- 4^o) D'établir une thérapeutique qui sera correcte, mais ne donnera pas toujours des succès.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

FABRE.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 16 mars 1921.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- APTEKMANN (Rosalie). — *Tachycardie continue*, Thèse Montpellier, 1904-05.
- BASS. — *Zür Behandlung der Paroxysmalen Tachycardie*, *Munchen Med. Woch*, 1917.
- BAR. — *De la pratique de l'art des accouchements*.
- BARIÉ et ROUTIER. — *Bulletin Société Médicale*, 17 mai 1912.
- BELAIN (André). — *Le pouls dans la puerpéralité*, Thèse Paris, 1908.
- BOUVERET. — *Tachycardie paroxystique*, *Revue Médicale* 1889,
— — — — — *Lyon Médical*, 11 oct. 1906.
- CADE. — *Tachycardie paroxystique et lésions cardiaques*, *Lyon Médical*, juillet 1911.
- CADE et REBATTU. — *Bulletin Soc. Méd. Hôp.*, déc. 1911.
- CHAUFFARD. — *Bulletin Médical*, 22 avril 1896 et 24 mai 1896.
- CRASSON. — Thèse Paris, 1905-06.
- DONZELOT. — *Les tachycardies paroxystiques*, Thèse Paris, 1915-16.
- FABRE. — *Obstétrique*, chez J.-B. Baillière.
- FABRE et GAUCHERAND. — Communication à la Société d'obstétrique de Lyon, le 17 nov. 1920, in *Gynécologie et Obstétrique*.
- FABRE et PETZETAKIS. — *Etude de la bradycardie des suites de couches*.
- FAISANS. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1890.

- FIESSINGER. — Tachycardie paroxystique au déclin de la septième puerpérale, *Gaz. Méd.*, Paris 1892.
- FREYHAHN. — Ueber Paroxysmale Tachycardie, *Deutsche Med. Wochensch.*, 1892.
- FREYHAUS. — *Deutsche Medicale Wosche*, n° 39.
- GAILLARD. — *Contribution à l'étude de la tachycardie paroxystique avec lésions valvulaires du cœur*, Thèse Lyon, 1903.
- GALLAVARDIN. — *Précis des maladies de cœur*, Ed. Doin.
— *Lyon Médical* 1912, page 320.
— Quelques remarques sur les tachycardies, *Archives des maladies de cœur*, janvier 1916.
— Les tachycardies, Revue critique, *Archives des maladies de cœur*, septembre 1917.
— Les tachycardiques (à propos d'un travail du Comité anglais de recherches médicales), *Archives des maladies de cœur*, 1917.
— Formes cliniques des névroses tachycardiaques, *Journal Méd. France*, 1918.
— *Journal de Médecine de Lyon*, déc. 1920.
- GERHARDT. — Ueber einige Angioneurosen, *Wolkmanns Sammlung Klin. Not.* 1881.
- GLANZ. — Casuistische Beiträge zur Tachycardie, *Inaugür. Dissertat.*, Wurtzbourg, 1888.
- GRELLET. — *Contribution à l'étude de la Tachycardie paroxystique dans les affections valvulaires*, Thèse Paris, 1898-99.
- HAY (John). — *Edimburg Medical Journal*, 1907.
- HOFFMANN. — *Die paroxysmale Tachycardie*, Wiesbaden, 1900.
- KELLY. — Essential paroxysmal Tachycardia, report of four cases *The Med. and surgic reporter*, 1896.
- LANGES. — Ueber paroxysmale Tachycardie im Anschluss an Spontangeburt, *Centralblatt für Gynékologie*, année 1911, page 346.
- LARCENA. — *Des tachycardies*, Thèse Paris, 1891.
- LOESER. — Ueber paroxysmale Tachycardie, *Wirchow's Arch.*, 1896.

- MACKENZIE (James)¹ — *Maladies de cœur*, Traduction Francon, 1910.
- MAGNIEL. — *Forme auriculaire de la tachycardie paroxystique*, Thèse Paris, 1911-1912.
- MARTINET. — *Les Tachycardies*, *Presse Médicale* 1917.
- MERKLEN. — *Journal des Praticiens*, 1901.
- MERKLEN (P.). — *Contribution à l'étude de l'Étiologie de la Tachycardie paroxystique*, Thèse Paris, 1901-02.
- NUNNELY. — *Observations on palpation of the heart and its treatment*, *Lancet*, 1871.
- OETTINGER. — *Semaine Médicale*, 1894.
- PAL. — *Centralblatt für innere med.*, 11 juillet 1903.
- *Ueber paroxysmale Tachycardie*, *Wiener Medizinische Wochenschrift*.
- PINARD. — *Indications médicales à la provocation de l'accouchement*, Steinhel, 1902.
- SAVY (Paul). — *Contribution à l'étude de la tachycardie paroxystique et de ses rapports avec les lésions valvulaires du cœur*, Thèse Lyon, 1906.
- *Précis de Pratique Médicale*, Doin, 1920.
- SAVY et DEVIC. — *Traitement de la tachycardie paroxystique par Pipéca*, *Presse Médicale*, 18 juin 1918.
- SOLLIER. — *France Médicale*, 1889.
- STOCKAERT. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920.
- STOCKER. — *Tachycardie in folge Geburt*, *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1889.
- VINAY. — *Maladies de la grossesse*.
- WAQUEZ et ESMEINI — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, déc., 1909.
- WAQUEZ et POZZI. — *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 22 mars 1912.
- WARREN. — *Archives of internal Medicine*, 1918.
- WINTERNITZ. — *Berliner Wochensch.*, 1883.
-

